



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA
CONYUGAL**

**TITULACIÓN POR TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

**CLAUDIA JUDITH LÓPEZ ORTIZ
DANIELA DEL CARMEN SÁNCHEZ AGUÍÑIGA**

NAVOJOA, SONORA

ENERO DE 2009

ÍNDICE

Dedicatorias.....	i
Resumen.....	iii
Índice.....	iv
Lista de tablas.....	vii
Lista de gráficas.....	viii

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	10
1.3 Justificación.....	12
1.4 Objetivo.....	13
1.5 Hipótesis.....	14
1.6 Limitaciones.....	15

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de violencia contra la mujer.....	16
2.2 Violencia.....	17
2.3 Violencia conyugal.....	19
2.4 Tipos de violencia que sufren las mujeres por sus cónyuges.....	20
2.4.1 Violencia física.....	20
2.4.2 Violencia psicológica o emocional.....	20
2.4.3 Violencia sexual.....	21
2.4.4 Violencia patrimonial o económica.....	21
2.4.5 Negligencia y abandono.....	22

2.5	Ciclo de la violencia conyugal.....	22
2.6	Nueva ley contra la violencia hacia la mujer.....	24
2.7	Consecuencias en la salud física.....	25
2.8	Consecuencias en la salud mental.....	25
2.9	Historia del trastorno de estrés postraumático.....	26
2.10	Trastorno de estrés postraumático.....	27
2.11	Tipos de eventos traumáticos.....	28
2.12	Sintomatología.....	28
2.13	Trastornos más comúnmente asociados.....	29
2.14	Criterios de diagnóstico de estrés postraumático en el DSM-IV y CIE10.....	30
2.14.1	Criterios diagnósticos manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.....	30
2.14.1.1	Epidemiología.....	32
2.14.1.2	Etiología.....	33
2.14.1.3	Tratamiento.....	33
2.14.2	Criterios diagnósticos clasificación internacional de las enfermedades CIE-10.....	33
2.14.2.1	Pautas para el diagnóstico.....	35
2.14.2.2	Tratamiento.....	35
2.14.2.2.1	Terapia cognitivo-conductual.....	35
2.14.2.2.2	Terapias grupo / grupos autoayuda-apoyo social.....	36
2.14.2.2.3	Terapia familiar.....	36
2.15	CAVID (Centro de Atención a Víctimas del Delito).....	36

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Sujetos.....	38
3.2	Materiales.....	39
3.2.1	Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar (Càceres, 2003).....	39
3.2.2	Cuestionario de medición sobre el trastorno de estrés postraumático...40	

3.2.3 Análisis estadístico.....	42
3.3 Procedimiento.....	44

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Estadística descriptiva de los datos generales.....	46
4.2 Análisis estadístico de la variable Violencia Conyugal.....	49
4.3 Análisis estadístico de la variable Estrés Postraumático.....	53
4.4 Análisis correlacional.....	58

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Conclusiones.....	61
-----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
--	-----------

ANEXO

ANEXO Cuestionario de medición sobre el trastorno de estrés postraumático.....	68
--	----

APÉNDICE

APÉNDICE Cuestionario para el autodiagnóstico de la violencia intrafamiliar.....	70
--	----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.- Puntuaciones del instrumento de violencia conyugal.....	40
Tabla 2.- Niveles de violencia conyugal.....	40
Tabla 3.- Edad.....	41
Tabla 4.- Estado civil.....	41
Tabla 5.- Escolaridad.....	41
Tabla 6.- Tiempo de asistencia psicológica.....	41
Tabla 7.- Puntuaciones del instrumento de estrés postraumático.....	42
Tabla 8.- Nivel de estrés postraumático.....	42
Tabla 9.- Análisis de confiabilidad del instrumento de estrés Postraumático...	43
Tabla 10.- Análisis de confiabilidad del instrumento de violencia conyugal.....	44
Tabla 11.- Correlación de Variables.....	58

LISTA DE GRÁFICAS

Estadística descriptiva de los datos generales

Gráfica 1 edad de las mujeres encuestadas.....	47
Gráfica 2 estado civil de las participantes.....	47
Gráfica 3 escolaridad de las participantes.....	48
Gráfica 4 tiempo de asistencia psicológica.....	48

Análisis estadístico de la variable Violencia Conyugal

Gráfica 5 tiene tu pareja cambios bruscos de humor.....	49
Gráfica 6 sientes que estas en permanente tensión.....	49
Gráfica 7 sientes que tu pareja constantemente te esta controlando.....	50
Gráfica 8 después del episodio violento el se muestra cariñoso.....	50
Gráfica 9 te ha golpeado con sus manos.....	51
Gráfica 10 Sientes que cedas a sus requerimientos sexuales.....	51
Gráfica 11 te ha amenazado algunas veces con algún objeto o arma.....	52
Gráfica 12 has necesitado llamar a la policía o lo has intentado.....	52
Gráfica 13 nivel total de violencia conyugal en las mujeres encuestadas.....	53

Análisis estadístico de la variable Estrés Postraumático

Gráfica 14 se siente capaz de iniciar una nueva relación amorosa.....	53
Gráfica 15 se sobresalta o se alarma más fácilmente.....	54
Gráfica 16 tiene recuerdos desagradables y recurrentes.....	54
Gráfica 17 presenta un malestar emocional al recordar aspectos del suceso.....	55
Gráfica 18 evita cualquier actividad, lugar o persona que le recuerde el suceso.....	55
Gráfica 19 tiene dificultad para conciliar el sueño.....	56
Gráfica 20 Cuando duerme constantemente sueña con el suceso.....	56

Gráfica 21 realiza conductas o tiene sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.....	57
Gráfica 22 nivel total de estrés postraumático en las mujeres que sufren violencia conyugal.....	57

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Cuando la mujer decide formar una familia espera protección y apoyo por parte de su pareja, y él espera obediencia y respeto; cuando las expectativas no son las que se esperaban, en algunos casos se llega a un estado de inconformidad y exigencia con un trato agresivo que puede llegar a la violencia física y psicológica, dándose con mas frecuencia del hombre hacia la mujer y con el transcurso del tiempo puede crear en ella baja autoestima, dependencia psicológica, depresión.

Desde épocas anteriores, hasta la actualidad en algunos países a la mujer se le a considerado como el sexo débil y sumiso que siempre debe obedecer las ordenes del hombre; y en otros países como lo son México y Estados Unidos actualmente el sexo femenino ha luchado por tener una igualdad de

genero tanto social, educativo y laboral. En ocasiones es un problema de formación cultural ya que son ellas quienes han inculcado la sumisión a sus hijas y el trato especial hacia el varón, volviéndose esto un patrón repetitivo durante generaciones. Lamentablemente debido a esta sumisión la mujer ha permitido ser victima de un sin fin de injusticias como lo es la violencia intrafamiliar, perdiendo con ello, su seguridad, autoestima e inclusive su propia identidad, creándose después un trastorno de estrés o conocido como trastorno de estrés postraumático según el DSM-IV (1994), el cual afecta el estado emocional y psicológico de quien lo padece.

1.1 Antecedentes

Durante el último trimestre del 2003 el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), coordinaron esfuerzos para levantar la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH); con el propósito de obtener información sobre los incidentes de violencia entre las parejas, y de manera específica la que se lleva a cabo por el hombre sobre la mujer.

Arrojando que de las mujeres que coexisten con su pareja en el mismo hogar, el 47 por ciento reportó algún incidente de violencia emocional, física, económica o sexual, en los 12 meses preliminares a la encuesta. Hallándose que las mujeres más jóvenes (15 años y más) soportan en mayor medida sucesos de violencia por su pareja y se averiguó que la violencia es más ostensible entre las mujeres que viven en unión libre (54.9 por ciento) que entre las casadas (44.5 por ciento); Igualmente el 38.4 por ciento de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia emocional, 29.3 por ciento de violencia económica, nueve por ciento de violencia física y siete por ciento de violencia sexual (INEGI, 2004).

Retomando investigaciones que dan a conocer la ocurrencia de estos actos, hay que considerar diversos factores que intervienen en la violencia intrafamiliar, algunos de estos son: pautas culturales que mantienen la desigualdad entre los géneros, factores estresantes (económicos, laborales, sociales), uso de alcohol y/o drogas; haciendo que el agresor se justifique diciendo que quiere hacer entrar en razón a sus víctimas, disciplinarlas o bien ponerle límites; La naturalización de la violencia suele traducirse en expresiones populares que recogen la pauta cultural legitimadora (la letra con sangre entra, una buena paliza a tiempo evita problemas, a las mujeres hay que tenerlas cortitas, aquí hace falta una mano dura, etc.). De ese modo, las víctimas suelen quedar atrapadas en medio de un consenso social que les impide ser conscientes de sus derechos y del modo en que están siendo vulneradas (Corsi, 2006).

Así mismo Matud, (2004), llevo a cabo un estudio sobre el Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada, con una muestra de 270 mujeres que eran o habían sido maltratadas por su pareja y un grupo de comparación de 269 mujeres que no habían sufrido tales abuso. El objetivo de este trabajo es estudiar el estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja, realizando un análisis diferencial en función de las diferentes situaciones del proceso de dejar al agresor.

Los instrumentos utilizados fueron Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión en escalas (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979), Inventario de autoestima (A Self-Esteem Inventory, SEQ, Rector y Roger, 1983), Inventario de Apoyo Social (AS, Matud, 1998; Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003), Entrevista semiestructurada de historia y tipo de maltrato (Matud, 1999) y Hoja de recogida de información general y de salud (Matud, 1999; Matud et al., 2003).

Los resultados arrojados fueron, en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja se encontró que lo más frecuente eran los abusos físicos y

psicológicos (el 46 por ciento), físicos, psicológicos y sexuales (el 33 por ciento), sólo psicológicos (el 16 por ciento) o psicológicos y sexuales (el 5 por ciento). Para conocer si existían diferencias entre las mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en las escalas del GHQ-28 se realizó un análisis multivariado de covarianza usando como covariado la edad. Encontrando efectos globales significativos; se concluyó que las mujeres maltratadas por su pareja presentan más síntomas de depresión grave, ansiedad e insomnio y somatizaciones que las mujeres que no han sufrido tales abusos.

De la misma forma INEGI, (2006), señaló que 1205 niñas y mujeres fueron asesinadas en todo el país en el 2004, solo en el sur de la república entre los años 2000 al 2005 se registraron 1242 asesinatos en el estado de Chiapas, así mismo el registro se llevo a cabo en Guerrero dando como cifra un total de 863 personas de sexo femenino; al igual en Oaxaca se registraron 351 homicidios que datan de 1999 al 2003; los crímenes registrados al norte de la republica arrojaron las siguientes cantidades donde 379 en ciudad Juárez Chihuahua entre 1993 y 2005; en años mas recientes 2000 - 2004 hubo un total de 191 homicidios en Baja California.

De igual manera diversos estudios de violencia conyugal han señalado que las parejas que se estructuran de un modo violento tienen un modelo de relación específico, con una pauta repetitiva que abarca a varios miembros; a diferencia de otros delitos el maltrato conyugal se produce de una forma continua a través del tiempo, y puede persistir hasta alcanzar los 20 años o antes de que la víctima tome la decisión de denunciar al agresor o bien de que la policía tenga conocimiento explícito de la situación. Además otras investigaciones demuestran que entre 57 y 78 por ciento de las mujeres maltratadas continúan con sus parejas a los años de maltrato y vuelven con estas aún después de haberlos denunciado (Echeburúa, 1998, citado por Fajardo, 2002).

Así mismo Fajardo, (2002), realizó un estudio sobre estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge en Colombia. El objetivo de la investigación fue estudiar las características de Personalidad, Demográficas y de Estilo de Vida de mujeres maltratadas por su cónyuge que en la actualidad permanecen con él.

El estudio se llevo a cabo con una muestra de 20 mujeres maltratadas para el grupo 1 y 20 mujeres no maltratadas para el grupo 2. Se utilizaron como instrumentos, la Entrevista, El grupo focal y el 16 PF para el grupo 1. Al grupo 2 se le aplicó el 16 PF, para obtener un perfil discriminante de las mujeres maltratadas. Los resultados indicaron que estas mujeres tenían en promedio 30 años, pertenecían al grupo 1 y presentaban 11 años de maltrato, practican la religión católica y tenían el bachillerato incompleto. El tipo de maltrato que más reciben es el psicológico y el verbal.

En cuanto al estilo de vida, se caracterizaron por contar con pocas redes de apoyo tanto en lo social como en lo familiar, lo cual las coloco en un aislamiento social, en donde su cónyuge ejerció el control de su vida; la gran mayoría no tenia trabajo y se dedicaba a ser ama de casa. Las características de personalidad indicaron que existían factores tales como: prudencia, sumisión, baja fuerza del yo e inestabilidad emocional, alta culpa, miedos difusos, tendencias neuróticas, alto apego a las normas, que indico una estructura de personalidad propensa a aceptar el maltrato como algo inevitable. Se encontró una incapacidad para librarse de la relación de maltrato, determinada por factores tales como: resistencia marcada a los cambios, alto neuroticismo y pensamiento concreto.

Por otra parte Lagarde de los Ríos Marcela presidenta de la Comisión Especial para dar seguimiento a las investigaciones sobre los feminicidios en la Republica Mexicana y a la Procuración de Justicia vinculada de la Cámara de Diputados, en el 2006 dio a conocer los resultados de una Investigación diagnóstica sobre violencia feminicida en el estado de Sonora, misma que se

aplicó en 10 estados del país por parte de la comisión que preside. Las entidades donde se desarrolló el estudio son Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Veracruz y mencionando que Sonora ocupa el primer estado en el país en violencia hacia la mujer según los resultados del estudio 260 mujeres fueron asesinadas en este estado de 1994 al 2005 (CIMAC, 2006).

Así mismo el gobierno del estado de Sonora ha llevado a cabo diferentes programas de cultura hacia la denuncia, prevención y atención a mujeres que sufren violencia conyugal; un claro ejemplo de ello es el Director de Salud Mental, Morales V. A, (2004), quien presentó el proyecto de impulsar la cultura de la prevención, impartiendo 58 pláticas a 2,542 personas, representa el 63.5 por ciento de la meta y se distribuyeron 33,997 trípticos y volantes con información sobre el CEPAVI y la violencia intrafamiliar en la comunidad.

Los resultados que se arrojaron de estos programas han sido satisfactorios en lo que a cultura se trata como lo señaló López Vucovich Secretario de Salud Pública, anunciando que “en el 2003 se recibieron ocho mil denuncias y en lo que va del año ya se recogieron siete mil, lo que no significa que la violencia va en aumento, sino que la sociedad tiene más conocimiento de este fenómeno y sabe que es indispensable denunciar para iniciar la atención integral” (López, 2003).

Continuando con esta variable, Román Rosario et al, (2007), llevaron a cabo un estudio sobre la violencia conyugal en los hogares Sonorenses, donde el objetivo principal es dar a conocer que en Sonora hay un problema serio de violencia conyugal y es necesario que retomen las medidas necesarias para erradicarla; los resultados fueron el 35.7 por ciento violencia emocional, 28.3 violencia económica, 7.9 violencia física, 7.8 violencia sexual, siendo entonces el 48.9 por ciento de prevalencia total de violencia en las mujeres encuestadas.

La violencia conyugal no es un tema nuevo, más sin embargo se ha estado observando que aun sigue siendo un problema relevante debido a que va trascendiendo a través de las generaciones donde se fomenta la desigualdad de género. De este documento se puede observar que algunos especialistas en el tema, dan una clara idea de las estadísticas actuales y que están tomando medidas para prevenirla y posteriormente ser disminuida.

Tomando en cuenta lo anterior una vez presentadas las cifras de violencia conyugal registradas dentro de la región del Estado de Sonora se puede mencionar la consecuencia que se presenta posteriormente a este tipo de actos violentos, un ejemplo de ello es cuando se esta dentro de una relación de violencia puede presentarse una reacción tardía descriptiva como Trastorno de Estrés Postraumático, según el DSM-IV, (López & Aliño, 1994), consiste en una serie de conflictos emocionales que no necesariamente aparecen temporalmente asociados con las situaciones que las originaron, pero que constituyen secuelas de situaciones traumáticas vividas, tal como haber estado sometida a situaciones de maltrato físico o psicológico.

Es así como se han hecho diferentes estudios relacionados con estas dos variables. En Australia, se hizo un estudio con 100 mujeres maltratadas, se encontró que un 45 por ciento de ellas cumplió criterios para diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (Mertin & Mohr, 2000 mencionado por Rincón, 2003).

Otro estudio realizado en España, Villavicencio y Sebastián, (1999), evaluaron a 71 mujeres maltratadas de centros de acogida, localizando que un 61.6 por ciento cumplía criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP). Posterior a este estudio fue realizado con 126 mujeres víctimas de violencia conyugal, y se encontró que el 55 por ciento de ellas desarrollo estrés postraumático, sin haber diferencias significativas entre las mujeres que padecieron maltrato físico y las que

vivieron maltrato psicológico. Más adelante el mismo equipo evaluó 212 víctimas de violencia conyugal concluyendo que el 46 por ciento de ellas desarrolló este trastorno.

A estas cifras hay que agregar las de quienes plantean que si bien las tasas de trastorno de estrés postraumático (TEP) en mujeres maltratadas oscilan entre 30 y 80 por ciento, los síntomas aparecen en más del 70 por ciento de las mujeres maltratadas (Villavicencio, 1999, mencionado por Echeburúa et al, 2002).

De la misma manera Rincón Paulina, (2003), llevó a cabo una investigación sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en España, con una muestra de 50 mujeres con el objetivo de establecer un programa de tratamiento breve y eficaz para mujeres víctimas de violencia doméstica que sufren trastorno de estrés postraumático, la media de edad de las participantes es de 35 años y el rango oscila entre los 16 y los 57 años. El 88 por ciento de las participantes no vivía con el agresor, estando solteras, casadas, en trámite de separación, separadas o divorciadas.

A esta población se les aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua); el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral & Fernández Montalvo, 2000) y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999).

Los resultados obtenidos fueron: Un 24 por ciento de las participantes ha vivido violencia psicológica; un 64 por ciento, violencia física y psicológica y el ocho por ciento violencia física, psicológica y sexual. Es decir, la gran mayoría de las participantes en esta investigación ha padecido violencia

física (74 por ciento) y sólo una pequeña parte ha recibido exclusivamente violencia psicológica (24 por ciento), sin embargo, todas las participantes han desarrollado trastorno de estrés postraumático, lo que refleja la existencia de episodios de maltrato intenso en el que han visto amenazada su integridad personal, independiente del tipo de violencia doméstica experimentada. Todas las participantes cumplieron criterios de diagnóstico de estrés postraumático crónico (Rincón, 2003).

Continuando con los antecedentes de esta variable, Labrador, (2006), realizó un estudio en España sobre trastorno de estrés postraumático en mujeres con violencia doméstica, siendo el objetivo establecer y evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y estandarizado para el tratamiento de este trastorno. La muestra constó de 20 participantes (12 en el grupo experimental y 8 en el grupo control) víctimas de malos tratos con diagnóstico de TEP según criterios DSM-IV-TR. El programa de tratamiento fue aplicado en forma grupal constando de ocho sesiones e incluye psicoeducación, entrenamiento para el control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición.

Los materiales utilizados fueron Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Labrador y Rincón, 2002), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), Entrevista clínica estructurada para el DSMIV. Versión Clínica (SCID-I) (Spitzer, R.L., y Williams, J.B., 1999), Instrumentos de autoinforme, Inventario de Depresión de Beck,(BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). Se utilizó un diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes con medidas repetidas. Los resultados en el postratamiento y en el seguimiento al mes y tres meses de concluida la intervención indican que las víctimas mejoraron significativamente en sintomatología postraumática.

De la misma forma la Dra. en psicología social Medina Elena et al, (2005), llevaron a cabo una investigación sobre la Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana, con el objetivo de reportar el índice de exposición a diferentes sucesos violentos, los correlatos demográficos, la prevalencia de trastorno por estrés postraumático y el impacto sobre la calidad de vida; utilizando como método de evaluación el instrumento diagnóstico de la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI-15, por sus siglas en inglés).

Los resultados arrojados fueron El 68 por ciento de la población ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida. La exposición de violación, acoso y abuso sexual son más frecuentes en mujeres, siendo estos sucesos con mayor manifestación de trastorno por estrés postraumático, siendo el 2.3 por ciento de las mujeres que presentaron este trastorno.

1.2 Planteamiento del problema

La violencia conyugal involucra a una víctima y a un victimario, llegando a convertirse en violencia intrafamiliar haciendo parte a quienes viven dentro del hogar. El costo económico, social y humano que implica la violencia conyugal es la desintegración familiar, en asuntos graves que la víctima piense y realice el suicidio con el fin de acabar con su sufrimiento, que los victimarios en casos extremos lleven a cabo el homicidio. Como se confirma en un estudio realizado en el estado de Sonora donde 260 mujeres fueron asesinadas de 1994 al 2005 (CIMAC, 2006), estos datos producen un costo humano por lo tanto ocasionan un impacto para la sociedad.

Para dar solución a dicha problemática, en la actualidad Huatabampo, Navojoa y Cd Obregón cuentan con el Centro de Atención a Víctimas del Delito (CAVID) para brindar apoyo psicológico, orientación social y asesoría jurídica a quienes son víctimas de violencia, además de que se han hecho

algunas investigaciones sobre autoestima, autoconcepto e indefensión aprendida, por la Lic. Ramos Luisa en colaboración con Ibarra Paulina en el año 2006 ayudando a comprender el estado emocional en que se encuentran las víctimas.

Su objetivo fue hacer una medición del nivel de autoconcepto e indefensión aprendida que presentan mujeres víctimas de maltrato conyugal que asisten a CAVID en la región del Mayo y Ciudad Obregón y establecer si existen diferencias entre dichos niveles, la muestra seleccionada fue de 76 sujetos para la medición de autoconcepto y 48 para la medición de indefensión aprendida, los instrumentos utilizados fueron: escala de autoconcepto de Díaz Living y el cuestionario de indefensión aprendida validado por las propias autoras, (2006). Los resultados arrojados del estudio fue que se encontró diferencia entre las dos variables, además de que las víctimas de violencia conyugal no presentaron afectación negativa entre ellas.

Algunas de las consecuencias que conlleva sufrir violencia conyugal es revivir la experiencia en la mente una y otra vez, sentirse emocionalmente entorpecido, tener dificultades con las relaciones personales y problemas de sueño, sentimientos y sensaciones asociadas a la violencia, depresión, irritabilidad, agresividad, evitación o bloqueo de pensamientos, lugares o conversaciones, aislamiento social, pérdida de interés por actividades antes realizadas, siendo estos, claros síntomas del trastorno por estrés postraumático, definiéndose como un trastorno de ansiedad causada por un evento traumático, como una agresión sexual, maltrato conyugal, un accidente, la experiencia en combate y presenciar o ser la víctima de un evento violento (Labrador, 2005); De ahí la necesidad de la intervención de un psicólogo profesional que conozca la problemática para dar apoyo eficaz.

Es por eso importante el que se aborde dicha investigación ya que en Navojoa, Huatabampo y Obregón no se ha encontrado una comparación de las dos variables. Según investigaciones anteriormente mencionadas el impacto que tiene el estrés y la violencia conyugal es que esta afectando a

la población ya que se considera que las personas que sufren violencia conyugal son más vulnerables a presentar síntomas de estrés postraumático debido a que no saben manejar las emociones o controlar sus impulsos, por consiguiente:

La presente investigación plantea los siguientes problemas:

¿Las mujeres participantes en dicha investigación presentan un alto índice de maltrato conyugal?

¿La mujer con maltrato conyugal que asiste a CAVID Huatabampo, Navojoa y Cd Obregón presenta un alto índice de estrés postraumático?

1.3 Justificación

El trastorno de síndrome de estrés postraumático se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad (Carvajal, 2002). Este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su prevalencia, por afectar a la población femenina quienes a su vez, una parte de ellas pasa a ser víctima de su cónyuge que se convierte en agresor, provocando así sufrimiento y temor a la víctima; causando en algunos casos síntomas relacionados con este trastorno para lo cual se realizó el presente estudio que pretende:

Dar a conocer si las mujeres participantes en dicha investigación presentan un alto índice de maltrato conyugal teniendo como consecuencia un estado de trastorno de estrés postraumático. La sociedad constituye un factor predeterminante a que se fomente la violencia conyugal, ya que existen actitudes socioculturales como la desigualdad de género, las condiciones sociales, los conflictos familiares, los aspectos de la personalidad y la historia

de abuso en la familia de origen que fomentan a que se realice dicha práctica.

La relevancia científica que tiene este estudio es la dar a conocer la utilidad que posee la psicología en la vida diaria, aportando información de que la violencia y el estrés; son problemas que afectan al ser humano tanto física como mentalmente, provocando una carga considerable a los servicios de salud y de rehabilitación, y con sus múltiples manifestaciones los cuales son problemas de salud pública, haciendo con esto necesaria una intervención psicológica.

Algunos de los beneficios que presenta la investigación a nivel social son dar a conocer las consecuencias que conlleva el estrés postraumático afectando a la mujer y además a las personas que la rodean, como lo son sus hijos en dado caso en donde la madre presente un estado de depresión, de ansiedad o tal vez hasta de agresividad, repercutiendo así a la desintegración familiar. Siendo el principal propósito de que personas especializadas en dicha problemática tomen medidas necesarias para disminuir la violencia conyugal en la región de Huatabampo, Navojoa y Cd. Obregón, y así erradicar las consecuencias anteriormente descritas.

En lo que al área de la investigación se refiere uno de los beneficios es la aportación de una visión amplia acerca de una problemática que se presenta en mujeres víctimas de maltrato conyugal como lo es el trastorno de estrés postraumático y que al menos en los CAVID mencionados es poco abordado.

1.4 Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivo General:

- Determinar si las mujeres que sufren violencia conyugal presentan el trastorno de estrés postraumático.

Objetivos específicos:

- Aplicar el instrumento que mide violencia conyugal
- Medir el índice de violencia conyugal en mujeres que asisten a CAVID Huatabampo, Navojoa y Obregón.
- Aplicar el instrumento que mide estrés postraumático y validarlo con la población de CAVID Huatabampo, Navojoa y Obregón.
- Medir el nivel de estrés en mujeres que viven violencia conyugal en los CAVID mencionados
- Hacer una correlación entre las dos variables para sustentar dicho estudio y contribuir a posibles investigaciones futuras.

1.5 Hipótesis

H1: Se presenta un alto índice de maltrato conyugal en mujeres que asisten a CAVID Huatabampo, Navojoa y Obregón

H0: No se presenta un alto índice de maltrato conyugal en mujeres que asisten a CAVID Huatabampo, Navojoa y Obregón

H2: Las mujeres que sufren maltrato conyugal presentan un alto índice del trastorno de estrés postraumático.

H0: Las mujeres que sufren maltrato conyugal no presentan un alto índice del trastorno de estrés postraumático.

H3: Existe una correlación entre las dos variables.

H0: No existe correlación entre las dos variables.

1.6 Limitaciones

Algunas de las limitaciones en la realización de este estudio son:

- El no haber podido ampliar esta investigación a los demás CAVID del estado de Sonora, debido a cuestiones de tiempo y economía.
- La inasistencia justificada e injustificada de las participantes en la aplicación del instrumento y que podría retrasar la presente investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se da un conocimiento acerca de la situación de violencia conyugal, misma que ha estado presente en épocas anteriores y ahora se esta tomando en cuenta, así como también la relación de esta variable con el síndrome de estrés postraumático que es posterior a eventos traumáticos y entre los cuales la violencia es un factor determinante.

2.1 Antecedentes de violencia contra la mujer

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, la cuál fue ratificada en 1995 por México. En tanto que la Organización de los Estados Americanos

(OEA) negoció en 1994 la convención interamericana para prevenir, castigar y erradicar la violencia contra la mujer, ratificándola México en 1996. Así mismo el Congreso de la Unión en 1997 aprueba las reformas a los códigos civiles y penales, al igual que a sus respectivos procedimientos en materia de violencia intrafamiliar; por primera vez en México, la violencia física y psicológica que se ejerce dentro de la familia es considerada un delito (Olamendi, 2000).

Por consiguiente la violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el trabajo y en las calles pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. Por lo anterior en 1999 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el “Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres”, que se celebra anualmente el 25 de noviembre, teniendo como beneficios la importancia hacia los derechos de la mujer, y siendo su principal propósito sensibilizar a la opinión pública sobre el problema de la violencia conyugal (periódico online el Universal, 2005).

2.2 La violencia

La raíz etimológica del termino violencia remite al concepto de fuerza; podemos decir que la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño, esta a su vez busca eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza. Entonces se considera a la violencia como una situación en la que la persona con más poder abusa de otra con menos poder (Corsi et al, 2006).

Es así que la violencia se expresa en diferentes niveles de la realidad social, causa daño físico y emocional, impactando las condiciones de vida de quien o quienes la viven en forma directa o que son testigos de ella; Como señala

Foucault, pareciera que la violencia ha sido regulada y no prohibida (Foucault, 1996, citado por Guido, 2003).

Otra definición clara es la que da la organización mundial de la salud definiéndola como el uso intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos de desarrollo o privaciones (Organización panamericana de la Salud, 2005).

Una definición mas es la que nos menciona Torres Falcón (2001) describiéndola como “Un comportamiento, ya sea un acto o una omisión, cuyo propósito sea ocasionar un daño o lesionar a otra persona, y en la que la acción transgreda el derecho de otro individuo”.

Según en el modelo de aprendizaje cognitivo social de Bandura la violencia es establecida en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada, y el sujeto, que realiza la observación de dicha conducta y cuya observación determina el aprendizaje, imitando la conducta del modelo (Echegoyen, 2008). Este aprendizaje ocurre en un ambiente social es decir que si una persona vive en un ambiente de violencia y su modelo es el agresor, lo que aprende es a ser violento en el núcleo familiar y social; ya que el ser humano aprende mediante la observación.

Todas estas definiciones nos dan una clara idea de que la violencia es un problema que se debe de ver como tal ya que trasciende de generaciones y día a día va en su aumento, siendo el ser humano el principal protagonista de dicho acto, afectando su integridad tanto física como moral.

2.3 Violencia conyugal

Según la Organización de las Naciones Unidas, en su declaración de 1993, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de quien la recibe, incluyendo la amenaza de dichas actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada (Olamendi, 2000).

De la misma forma La Secretaría de Salud en México (Norma Oficial Mexicana 2000) la define como “Acto u omisión único o repetitivo consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la pareja en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física, en contra del otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra”.

La violencia conyugal o de pareja es conocida por diferentes apelativos: violencia hacia la mujer, mujer maltratada, violencia doméstica, violencia marital, violencia intrafamiliar hacia la mujer, relación de violencia, violencia íntima, entre otros.

Tomando en cuenta lo anterior Walter, (1993 citado por Guido, 2003), define como mujer maltratada a la que ha sido golpeada y/o atacada psicológicamente, en forma severa por un hombre (algunas veces por otra mujer) con quien ella ha estado en una relación de romance íntimo y que con esta actitud él utiliza coerción para hacer lo que quiere, sin importarles sus derechos o sus deseos.

La violencia marital es un fenómeno complejo, en su origen y mantenimiento se ven implicados tanto factores personales, como sociales y culturales, La Asociación Psicológica Americana, plantea que tiene múltiples causas, de entre las que destaca el hecho de que es una conducta aprendida que se ha forjado por las normas socioculturales y las expectativas del rol que apoyan

la subordinación feminista y perpetúan la violencia masculina (American Psychological Association, 1999, mencionado por Rincón, 2003).

2.4 Tipos de violencia que sufren las mujeres por sus cónyuges

Aunque el objetivo principal de las conductas de violencia conyugal es conseguir el “control” de las conductas de la víctima, se consideran cinco categorías dentro de la violencia conyugal –violencia física, psicológica o emocional, sexual, patrimonial o económica, negligencia y abandono- que si bien se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada, es conveniente considerarlas por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia conyugal (Dutton, 1993, citado por Guido, 2003).

2.4.1 Violencia física

Son las acciones que ocasionan daño físico interno o externo y pueden provocar la muerte: golpes, empujones, jalones de pelo, bofetadas, mordiscos, quemaduras, cuchilladas, intentos de asfixia, pellizcos, patadas, estrangulamiento, lanzamiento de objeto, intento de asesinato, secuestro, cortaduras, amordazaduras, etcétera. Estos indicadores físicos son frecuentemente más visibles a medida que la violencia va en aumento.

2.4.2 Violencia psicológica o emocional

Incluye las acciones que tienen como propósito denigrar, controlar y bloquear la autonomía de otro ser humano: expresiones verbales y corporales que no son del agrado de la persona, uso de armas para atemorizar, aislamiento, ridiculizaciones continuas, indiferencia,

descalificación, amenaza a ella o a los hijos, control de los movimientos de la víctima: salidas, celos excesivos, etcétera. Estos indicadores se presentan en forma de llanto, sentimientos de culpa o vergüenza, temor o tristeza acompañado de una baja autoestima.

2.4.3 Violencia sexual.

Es todo acto que con intencionalidad sexual realiza una persona de forma directa o indirecta, en contra de la voluntad de otra persona, o bien cuando esta persona no tiene condiciones para consentir un contacto sexual o tocamientos no deseados. Penetración de cualquier tipo de objeto por vía vaginal, anal o bucal de manera obligada o sin el consentimiento de la pareja imponer a tener relaciones sexuales, forzar a relaciones en presencia de otros o con otros. Además pueden presentarse enfermedades de transmisión sexual, irritaciones o hemorragias en la zona genital o anal, así como también dificultad para caminar o sentarse.

2.4.4 Violencia patrimonial o económica.

Son aquellas medidas tomadas por el agresor u omisiones que afectan la sobrevivencia o bienestar de la mujer y sus hijos. Se refiere al control y limitación de bienes muebles e inmuebles, recursos familiares o de propiedad de la víctima; transformación, sustracción, falsificación de documentos; incumplimiento de las obligaciones económicas para la manutención; esta forma también tiene relación con la negligencia.

2.4.5 Negligencia y abandono.

Descuido de las actividades básicas de la actividad diaria que generan deterioro de las condiciones de vida de la persona víctima y su seguridad. Particularmente esta forma de violencia es grave cuando la persona víctima tiene limitaciones físicas o cognitivas, o existe dependencia económica del agresor; negar atención médica y medicamentos cuando lo requiera, consistiendo en abandono o falta de atención a las necesidades físicas.

2.5 Ciclo de la violencia conyugal.

Una vez que se da un episodio de violencia conyugal, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto en una y otra ocasión. Walker Leonore, (1979 citado por Ramirez y Larralde, 2001), profesora dedicada a la investigación de la violencia contra las mujeres propuso la “Teoría del ciclo de la violencia”, según la cual la violencia conyugal se da en un ciclo que comprende tres fases, que varían en duración e intensidad en una misma pareja y en diferentes parejas.

Fase 1. Acumulación de tensión.- La dinámica de la violencia Intrafamiliar existe como un ciclo, que pasa por tres fases. A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el estrés; Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas; El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.

La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico; La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia; El abuso físico y verbal continúa; La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso; El violento se pone

obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está); El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc. Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2. Episodio agudo de violencia.- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas; El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer; Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel.- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño; En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro.

Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc; Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente; A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su estrés, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo. Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez, el hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento, si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

2.6 Nueva ley contra la violencia hacia la mujer.

Actualmente en México el Presidente Calderón Hinojosa, realizó un decreto en donde el artículo 9 contempla que a partir de su entrada en vigor, la violencia hacia las mujeres será causal de divorcio, de pérdida de la patria potestad y de restricción para el régimen de visitas, así como impedimento para la guarda y custodia de los hijos de la relación marital. Dicha ley determina cinco tipos de violencia hacia las mujeres; violencia psicológica, violencia física, violencia patrimonial, violencia económica y violencia sexual; además integra a la violencia familiar, la violencia laboral, docente, hostigamiento o acoso sexual, violencia en la comunidad, violencia institucional o la violencia feminicida como modalidades de dicho fenómeno y para las que el estado estará vigilante (CEPAVI, 2003).

Continuando con lo que dice CEPAVI, las víctimas podrán acudir ante las autoridades competentes y solicitar protección así como atención necesaria para su recuperación física y psicológica. La nueva Ley determina que el victimario tendrá prohibido acercarse al domicilio, lugar de trabajo o estudio, el domicilio de los hijos o cualquier otro lugar que visite la víctima.

Así mismo en el Estado de Sonora el Gobernador Eduardo Bours en julio de 2006 propuso el decreto número 274 en contra de la violencia conyugal y nos menciona: “Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la ley de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, de los códigos penales, de procedimientos penales, civiles y de procedimientos civiles para el Estado de Sonora; tomando como violencia conyugal tanto física, psicológica y económica, además que vasta con solo una vez para que sea considerada como delito penal” (Bours, 2006).

2.7 Consecuencias en la salud física

Si bien la violencia conyugal puede tener efectos directos en la salud, también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro, Según el Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 40 por ciento y el 72 por ciento de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida. Sin embargo, las lesiones no son la consecuencia más común de la violencia doméstica en la salud física, sí lo son los llamados trastornos funcionales, como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales y síndromes de dolor crónico. (Walter 1991 mencionado por Villavicencio, 2000).

2.8 Consecuencias en la salud mental

La vivencia de violencia conyugal causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas; se calcula que el 60 por ciento de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves. Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio; Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el trastorno de estrés postraumático sin embargo, se ha planteado que las víctimas de maltrato conyugal desarrollan también otros problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias. (Lorente, 1999 mencionado por Villavicencio, 2000).

Continuando con el fenómeno de violencia; Bandura, (1977) afirma que la conducta es aprendida, y que genera causas, explicándolo por medio del condicionamiento clásico (CC) de Watson, (1914) y operante (CO) de

Skinner, (1953) A través de la teoría de estos autores se puede explicar que la violencia es aprendida y la causa de esta es sufrir estrés postraumático:

El trauma es decir la violencia conyugal sería el estímulo incondicionado (EI) que provoca un temor extremo es decir estrés que sería la respuesta incondicionada (RI), el trauma (violencia) se asocia con los recuerdos de esta y con una serie de estímulos condicionados (EC), que sería el lugar, el tono de voz, la presencia del agresor. Así cada vez que se recuerde la violencia, se recuerdan los estímulos asociados a ella o vuelven a estar presentes estos estímulos, la presencia de ellos o dichos recuerdos (EC) provocan un temor extremo que se convierte en estrés postraumático que sería la respuesta condicionada (RC).

A continuación se abordara acerca del trastorno de estrés postraumático que desarrollan las mujeres víctimas de violencia conyugal a consecuencia de la situación que viven.

2.9 Historia del trastorno de estrés postraumático

La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda la historia. Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo VI antes de Jesucristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate (Holmes, 1985).

Las respuestas al estrés traumático han sido etiquetadas de muy diversas formas a lo largo de los años. Algunos términos diagnósticos utilizados han incluido los de Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Batalla (Meichenbaum, 1994).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-III) reconoció por primera vez el trastorno por estrés postraumático como una

entidad diagnóstica diferenciada en el año 1980. Fue categorizado como un trastorno de ansiedad por la característica presencia de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica. En 1994, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) fue publicado y en él se recogen, respecto a los criterios diagnósticos del trastorno, los últimos avances e investigaciones realizadas en el campo (Holmes, 1985; Meichenbaum, 1994; citados por Puchol, 2001).

2.10 Trastorno de estrés postraumático

Según Tolin David el estrés postraumático es un trastorno de ansiedad causado por un evento traumático, como una agresión sexual, agresión física o psicológica, un accidente, la experiencia en combate y presenciar o ser la víctima de un evento violento. Según los National Institutes of Mental Health, entre los síntomas del trastorno se encuentran revivir la experiencia en la mente una y otra vez, sentirse emocionalmente entorpecido, tener dificultades con las relaciones personales y problemas de sueño (Gordon, 2007).

Pasando al desarrollo de la sintomatología de evitación del estrés y el mantenimiento de estos a lo largo del tiempo, a pesar de que el acontecimiento estresante traumático no vuelva a ocurrir surge el condicionamiento operante (CP) debido a que el recuerdo de la violencia o de los estímulos asociados provocan una ansiedad extrema (RC) se evita este recuerdo y el resultado es una reducción de la ansiedad (RC). De este modo, la evitación de recordar la violencia se refuerza negativamente, lo que impide la extinción de la asociación entre el recuerdo de la violencia y la ansiedad, teniendo como consecuencia una elevación de la respuesta condicionada convirtiéndolo en un trastorno de estrés postraumático (Astin & Resick, 1997 mencionado por Rincón, 2003).

2.11 Tipos de eventos traumáticos

Los eventos traumáticos son, en la mayoría de las ocasiones, inesperada e incontrolable y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y autoconfianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Ejemplos de este tipo de situaciones son los siguientes: accidentes, desastres naturales (huracanes, terremotos, inundaciones, avalanchas, erupciones volcánicas) inesperadas muertes de familiares, asaltos/delitos/violaciones, abusos físicos/sexuales, torturas, secuestros, violencia familiar y conyugal, experiencias en combate.

Otras formas de estrés severo (pero no extremo) pueden afectar seriamente al individuo pero generalmente no son los detonantes típicos de un trastorno por estrés postraumático, como por ejemplo la pérdida del puesto de trabajo, divorcio, fracaso escolar, etc. (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992, mencionados por Puchol, 2001).

2.12 Sintomatología

Desde la psicología, los síntomas que surgen a partir de la experiencia traumática se agrupan en lo que se llama trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, no todas las personas reaccionan de igual manera ante un acontecimiento traumático: algunas reaccionan inmediatamente, mientras que en otras la respuesta se retrasa meses e incluso años. Se estima que, aproximadamente, un 75 por ciento de las personas quedan en estado de shock durante varios minutos, muestran síntomas que pueden durar varios días, y para un 15-20 por ciento los síntomas permanecen entre dos y cuatro semanas. La sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático:

A.- Re-experimentación del evento traumático: Flashbacks. Sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática; Pesadillas .El

evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños; Reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.

B.- Incremento activación: Dificultades conciliar el sueño: Hipervigilancia; Problemas de concentración; Irritabilidad / impulsividad / agresividad.

C.- Conductas de evitación y bloqueo emocional: Intensa evitación/huida/rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático; Pérdida de interés; Bloqueo emocional; Aislamiento social. Los tres grupos de síntomas mencionados son los que en mayor medida se presentan en la población afectada por el trastorno por estrés postraumático.

2.13 Trastornos más comúnmente asociados

A.-Ataques de pánico.-Los individuos que han experimentado un trauma tienen posibilidades de experimentar ataques de pánico cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el evento traumático. Estos ataques incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, etc.

B.-Depresión.- Muchas personas sufren episodios depresivos posteriores, pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes. Estudios recientes muestran, por ejemplo, que aproximadamente el 50 por ciento de las víctimas de violación muestran ideas recurrentes de suicidio.

C.-Ira y agresividad.- Se tratan de reacciones comunes y hasta cierto punto lógicas, entre las víctimas de un trauma. Sin embargo cuando alcanzan límites desproporcionados interfiere de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento diario del sujeto.

D.-Abuso de drogas.- Es frecuente el recurso a drogas como el alcohol para tratar de huir/esconder el dolor asociado. En ocasiones esta estrategia de huida aleja al sujeto de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.

E.-Conductas extremas de miedo / evitación.- La huida/evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos, no obstante, en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, en principio no directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto.

Estos y otros síntomas, en la mayoría de los casos, disminuyen de manera significativa durante el tratamiento, sin embargo en ocasiones, y dada su gravedad, pueden requerir intervenciones adicionales específicas.

2.14 Criterios de diagnóstico de estrés postraumático en el DSM-IV y CIE10

En la práctica clínica los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados como referencia para la evaluación del trastorno por estrés postraumático son los recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

2.14.1 Criterios diagnósticos manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1 La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2 La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2.14.1.1 Epidemiología

La prevalencia del TEP tiene directa relación con el grado de exposición a eventos estresantes naturales (terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas) como provocados (guerras, atentados terroristas). En todas estas condiciones las personas pertenecientes a los grupos afectados pueden presentar TEP en porcentajes de, a lo menos, un 15 por ciento.

2.14.1.2 Etiología

El TEP puede o no desarrollarse en una persona dependiendo de factores predisponentes individuales y de la naturaleza del evento traumático. Puede darse tanto en personas con trastornos de la personalidad, como en personas saludables. Entre los factores que contribuyen a su desarrollo están: La extensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado, la duración del evento y El grado de vulnerabilidad ante la maldad humana que percibe el afectado (El TEPT es más probable que ocurra en eventos provocados que naturales).

2.14.1.3 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del TEP, van dirigidos a: disminuir los síntomas, prevenir complicaciones crónicas y rehabilitación social u ocupacional. Es importante reconocer las situaciones en que la persona afectada por un evento traumático busca una ganancia en su rol de paciente, para terminar con ese vicio. El tratamiento exitoso radica en una combinación de psicoterapia y fármacos. La terapia de grupo es particularmente efectiva en estos casos (DSM-IV, 1994).

2.14.2 criterios diagnósticos clasificación internacional de las enfermedades CIE-10

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad, respuesta al medio, incapacidad para experimentar placer y evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. Consumir excesivamente sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante. Una vez que se comienza sigue el trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

2.14.2.1 Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

2.14.2.2 Tratamiento

Muchas técnicas y estrategias, se han utilizado y siguen siendo utilizadas en el abordaje terapéutico del trastorno por estrés postraumático. A continuación se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en la actualidad:

2.14.2.2.1 terapia cognitivo-conductual.-surgida a partir de la segunda guerra mundial, originariamente bajo el concepto de modificación de conducta o terapia de conducta, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Pavlov y Skinner. Posteriormente con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o

Cautela, la modificación de la Conducta ha ido "asimilando" a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad o inoculación de estrés.

2.14.2.2.2 terapias grupo / grupos autoayuda-apoyo social.-La terapia de grupo es una opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta. Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

2.14.2.2.3 terapia familiar.-La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo difiere en algunos aspectos importantes; el objetivo final del terapeuta familiar es la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se autodisuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos (Puchol, 2001).

2.15 CAVID (Centro de Atención a Víctimas del Delito)

Pieza importante de esta tesis es la Institución en la cual se llevó la aplicación de instrumentos para la correlación de las variables, es necesario mencionar su surgimiento y en base a que trabajan. Como parte de la política pública instrumentada en la Procuración de Justicia en el Distrito Federal, en coordinación con las organizaciones no gubernamentales de leyes, se crearon: el Centro de Terapia de Apoyo para las Víctimas de

Violencia Sexual (CTA) y el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVI).

Ambos espacios, además de proporcionar asistencia psicológica y social, brindan apoyo legal a las mujeres. El Centro de Atención a Víctimas del Delito (CAVID) es una Institución Gubernamental que brinda orientación social, asesoría jurídica, apoyo psicológico y medicina legal a todas aquellas personas que sufren o que han sufrido algún tipo de violencia, ya sea por parte del conyugue o por algún miembro de la familia.

El objetivo General de los centros de atención a víctimas del delito: Proporcionar atención integral a las víctimas de delitos sexuales, violentos y casos de violencia intrafamiliar, afectadas en su ámbito físico, psicológico, familiar y social, coadyuvando a su erradicación e incidiendo así en la reducción de índices delictivos en ese entorno, así como apoyarlas durante la averiguación previa y proceso legal (Olamendi, 2000).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

La presente Investigación fue realizada con el objetivo de determinar si las mujeres que sufren violencia conyugal que asisten a CAVID en Huatabampo, Navojoa y Obregón presentan el trastorno de estrés postraumático y establecer si dicha población tiene un alto nivel en ambas variables. Para la selección de la población se utilizó un diseño de tipo no experimental descriptiva explicativa bivariable (Sierra, 1998), lo cual significa que se centra en una sola observación en un momento dado con grupo homogéneo y se realiza una correlación de dos variables.

3.1 Sujetos

Los sujetos que participaron en la presente investigación presentan las siguientes características: mujeres que asisten a recibir atención psicológica en

CAVID (Centro de Atención a Víctimas del Delito) de Navojoa, Huatabampo y Cd. Obregón debido a que son víctimas del maltrato conyugal con un tiempo de vivir en pareja de 0 a 10 años, además con un rango de edad de vida de 20 años en adelante.

3.2 materiales

Para el desarrollo de la investigación fue necesario asistir a CAVID de Huatabampo, Navojoa y Obregón, en este centro se encuentra lo que es el departamento de atención psicológica, cuentan con varias psicólogas cada una con su cubículo para brindar atención. Se nos permitió entrar al contexto y aplicarles el instrumento con un tiempo razonable de aplicación, para posteriormente ser atendidas por su terapeuta.

En la realización de el estudio se seleccionó una muestra de 75 sujetos, de acorde al número de reactivos del instrumento (5 sujetos por reactivo), siendo 15 reactivos por instrumento por lo tanto un total de 75 participantes. Se utilizaron 2 instrumentos que evalúan las variables involucradas, que son: violencia conyugal y estrés postraumático, descritos de la siguiente manera:

3.2.1 Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar (Càceres, 2003)

Para medir esta variable, se utilizó un instrumento, el cual fue proporcionado por CAVID y es utilizado por CEPAVI (Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar), dicho instrumento consta de 15 reactivos, que mide el nivel de violencia conyugal; cada una de las preguntas tiene cuatro opciones de respuesta, estas son: Si, No, A veces, Rara vez: que serán marcadas por una X según la situación (ver Apéndice A).

Clasificando la puntuación de cada opción de respuesta: siendo estas las siguientes (véase tabla 1):

RESPUESTAS	PUNTUACION
Si	3 puntos
A veces	2 puntos
Rara vez	1 punto
No	0 puntos

Tabla 1.- Puntuaciones del instrumento de violencia conyugal

Posteriormente se sumaron los puntos obtenidos en la aplicación del instrumento y se establecieron los siguientes puntajes (véase tabla 2):

Escala Global	Nivel
1 a 11	Relación abusiva
12 a 22	Primer grado de abuso
23 a 34	Segundo grado de abuso
35 a 45	Abuso peligroso

Tabla 2.- Niveles de violencia conyugal

3.2.2 Cuestionario de medición sobre el trastorno de estrés postraumático

Para medir esta variable se construyó un instrumento con 15 preguntas estructuradas en un formato de tipo Likert; tratándose sobre conductas, malestares tanto físicos como psicológicos, recuerdos y pensamientos a partir del acto de violencia expuesta (ver Anexo A).

En el cuestionario viene un apartado de datos generales personales: edad, estado civil, escolaridad y tiempo de asistencia psicológica, estableciéndose los siguientes puntajes (véase tablas 3, 4, 5, y 6):

Edad	Puntuación
20 a 25	1
26 a 30	2
31 a 35	3
36 o más	4

Tabla 3.- Edad

Estado Civil	Puntuación
Unión libre	1
Casada	2
Separada/divorciada	3

Tabla 4.- Estado civil

Escolaridad:	Puntuación
Primaria	1
Secundaria	2
Nivel Medio	3
Nivel Superior	4

Tabla 5.- Escolaridad

Tiempo de asistencia	Puntuación
0 a 6 meses	1
7 a 12 meses	2
1 año o mas	3

Tabla 6.- Tiempo de asistencia psicológica

Cada una de las preguntas está codificada con cuatro opciones de respuesta, las cuales se marcaron con una X según fue la duración e intensidad de los síntomas y estas son (véase tabla 7):

Forma de Respuesta	Puntaje
Nada	0
Poco (1 vez por semana)	1
Bastante (2 o 4 veces por semana)	2
Mucho (5 o más veces por semana)	3

Tabla 7.- Puntuaciones del instrumento de estrés postraumático

El nivel se determinó dependiendo del número de respuestas afirmativas obtenidas. Para su clasificación, se establecieron puntajes (véase tabla 8):

Escala Global	NIVEL
0 a 15	Bajo nivel de estrés postraumático
16 a 30	Medio nivel de estrés postraumático
31 a 45	Alto nivel de estrés postraumático

Tabla 8.- Nivel de estrés postraumático

3.2.3 Análisis estadístico

En relación con la validez de contenido se ha definido por medio de la determinación del grado en que los ítems de la escala cubren los criterios diagnósticos DSM-IV. La escala abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos de dicho manual; obteniendo una adecuada consistencia interna de Alpha de Crombach de .8703 en relación al instrumento de estrés postraumático y un alpha de .8253 en el instrumento de violencia conyugal, a través del programa SPSS versión 11.0 para Windows (véase tabla 9 y 10).

	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
EDAD	-.0857	.8835
ESTADOC	.0667	.8744
ESCOLAR	.2168	.8729
TIEMPO	.0541	.8732
RECUERDO	.5482	.8620
DUERME	.5909	.8598
CONDUCTA	.7496	.8542
EMOCIONA	.6765	.8570
FISICO	.5289	.8620
PENSAMI	.4214	.8660
ACTIVIDA	.5508	.8611
DISMINUC	.4547	.8650
RELACION	-.0445	.8809
PLANES	.6538	.8565
DIFICULT	.6352	.8574
IRA	.5638	.8607
CONCENTR	.6768	.8563
ALERTA	.4792	.8639
ALARMA	.6313	.8579
NIVELEST	.8801	.8541

**Tabla 9.- Análisis de confiabilidad del instrumento de estrés
Postraumático**

Numero de Ítems = 20 Alpha de Crombach = .8703

Menos un reactivo negativo el 13 da una confiabilidad de:

Numero de Ítems = 19 Alpha de Crombach = .8730

	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
CONTROLA	.5134	.8119
ACUSA	.5131	.8106
PERDIDO	.6359	.8021
CRITICA	.6204	.8046
INGRESOS	.2305	.8286
COMPORT	.4293	.8161
HUMOR	.4567	.8155
TENSIÓN	.4658	.8149
GOLPEADO	.3661	.8196
AMENAZAD	.4368	.8159
SEXUALES	.5739	.8061
CARIÑOSO	.4018	.8176
AYUDA	.1375	.8360
HIJOS	.2397	.8269
POLICIA	.3057	.8247
NIVELVIO	.8920	.7967

Tabla 10.- Análisis de confiabilidad del instrumento de violencia conyugal

Numero de Ítems = 16

Alpha de Crombach = .8253

3.3 Procedimiento

Se identifico la institución con la que se planteo trabajar, CAVID (Centro de Atención a Víctimas del Delito) en la ciudad Huatabampo, Navojoa y Obregón. Una vez identificada se acudió a las instituciones para obtener la autorización y disposición para trabajar. Después se solicito información sobre las mujeres que asisten a recibir consulta psicológica; ya que se obtuvo la información

deseada se acordó aplicar los instrumentos 20 minutos antes de entrar a su sesión.

Posteriormente se realizó la selección de los sujetos a través de los CAVID ya mencionados por ser un grupo de mujeres que presentaban las características de sufrir violencia conyugal; explicándoles previamente por las encargadas de la institución el objetivo de la presencia de las tesis obtuyéndose su aprobación. Después se aplicó el instrumento para medir el nivel de violencia conyugal y consecuente el instrumento de estrés postraumático.

Finalmente se revisaron los instrumentos y se hizo una correlación entre las variables así como también se realizó la validez de contenido de cada uno de los instrumentos en relación de la consistencia interna de alpha de Cronbach analizando los datos bajo el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Windows obteniendo la estadística descriptiva, y entregar los resultados arrojados a la institución CAVID.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al aplicar los instrumentos utilizados en el presente estudio, manejando las variables violencia conyugal y estrés postraumático. Los datos fueron introducidos al paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Windows a fin de obtener estadísticas descriptivas y estadísticas de correlación entre ambas variables.

4.1 Estadística descriptiva de los datos generales

Para la realización de la presente investigación se contó con la participación de 75 sujetos en total de las regiones de Huatabampo, Navojoa y Obregón aplicándoles los dos instrumentos de medición. A continuación se presenta

el análisis descriptivo de ambos instrumentos con los datos generales de las mujeres que asisten a CAVID en las regiones ya mencionadas.

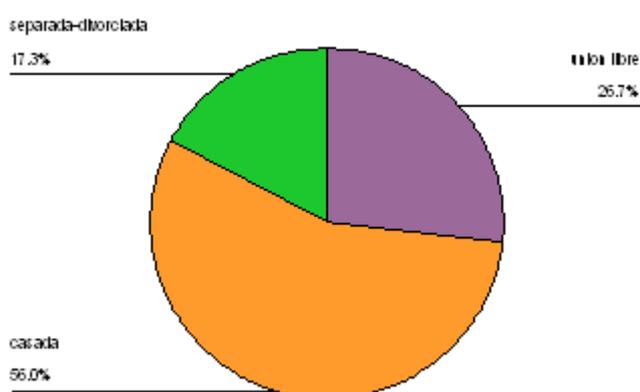
Respecto a la edad de las participantes, la mayor parte tiene entre 36 a 40 años de edad, lo cual corresponde a una frecuencia de 33.3%, le sigue las de 31 a 35 con un 30.7%, las de 26 a 30 con un 22.7% y la menor parte tiene una edad de 20 a 25 años, lo cual corresponde a una frecuencia de 13.3% (véase gráfica No. 1).



Gráfica No.1

En cuanto al estado civil de las participantes, se puede distinguir que la mayoría están casadas, contando con un 56%, las de unión libre son un 26.7% y separadas-divorciadas el 17.3% (véase gráfica No. 2).

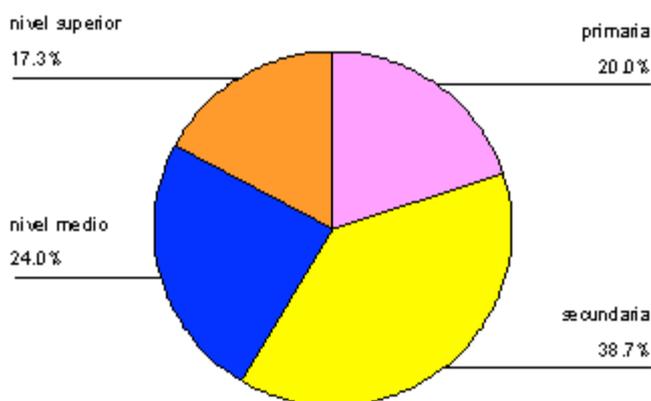
Estado civil de las mujeres encuestadas



Gráfica No. 2

Continuando con lo que es escolaridad, se puede mencionar que la mayoría cuenta con secundaria, siendo un total de 38.7%, el 24% tiene nivel medio, el nivel primaria con una frecuencia de 20% y el mínimo de ellas cuenta con un nivel superior siendo el 17.3% (véase gráfica No.3).

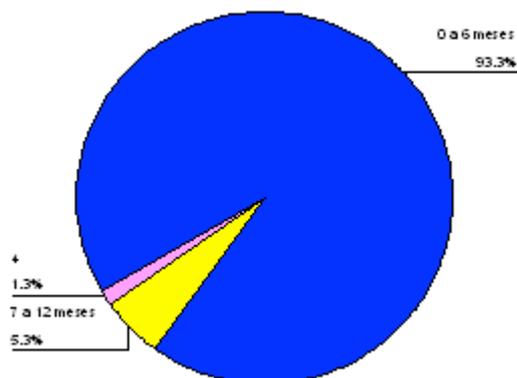
Escolaridad de las mujeres encuestadas



Gráfica No. 3

Siguiendo con tiempo de asistencia psicológica, se concluye que la mayoría tiene de 0 a 6 meses de asistir contando con el 93.3%, de 1 a 12 meses un 5.3% y el mínimo cuenta con 4 años siendo este el 1.3% (véase gráfica No.4).

Tiempo de asistencia psicologica



Gráfica No.4

4.2 Análisis estadístico de la variable Violencia Conyugal

El ítem “tiene tu pareja cambios bruscos de humor” nos indica que el 82.7% es “sí”, el 8 % “no” al igual que “a veces” y el 1.3% es “rara vez” (véase gráfica No. 5).



Gráfica No.5

En el reactivo “sientes que estas en permanente tensión” la respuesta predominante es “sí” con el 64%, después “a veces” con un 25.3%, “no” con un 8% y el de menor predominio es “rara vez” con el 2.7% (véase gráfica No. 6).



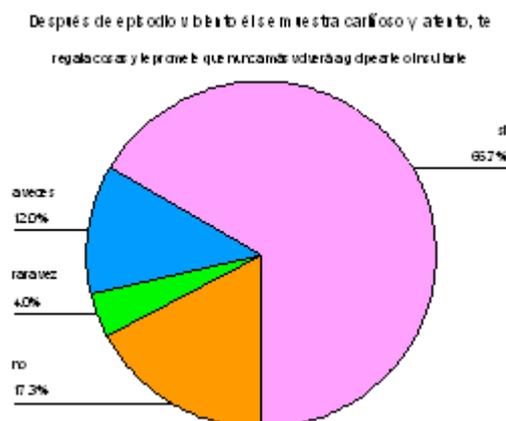
Gráfica No.6

En el ítem “sientes que tu pareja constantemente te esta controlando” la respuesta predominante fue “si” con una frecuencia de 57.3%, “a veces” con un 29.3%, “no” con un 10.7% y la opción menos significativa fue “rara vez” con una frecuencia de 2.7% (véase gráfica 7).



Gráfica No.7

El siguiente reactivo significativo es “después del episodio violento el se muestra cariñoso” siendo la opción más significativa “si” con 66.7%,le sigue “no” con un 17.3%, “a veces” con un 12% y con el 4.0% “rara vez” siendo el de menor significancia (véase gráfica No.8).



Gráfica No.8

El siguiente ítems “te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha forzado cosas cuando se enoja o discute” cuenta con el 62.7% de puntaje mayor siendo la opción de respuesta “sí”, “a veces” con un 14.7%, “no” con un 13.3% y con un 9.3% “rara vez” siendo el de menor puntaje (véase gráfica No.9).



Gráfica No.9

Continuando con los ítems de violencia conyugal, se presentan los ítems característicamente bajos según su nivel de frecuencia, y sin perder su importancia están:

“Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales” siendo la mayor opción de respuesta “sí” con 34.7%, “no” con un 33.3%, “a veces” con un 18.7% y la opción menor es “rara vez” con 13.3% (véase gráfica No.10).



Gráfica No.10

El siguiente reactivo es “te ha amenazado algunas veces con algún objeto o arma” teniendo una frecuencia de 52% en la opción mas significativa que es “sí”, con un 30.7% “no”, con 16% “a veces” y la respuesta menor es “rara vez” con 1.3% (véase gráfica No.11).



Gráfica No.11

El ítem “has necesitado llamar a la policía o lo has intentado” cuenta con la frecuencia 53.3% en la opción “sí”, “no” con un 26.75, “a veces” con un 13.3% y la opción de “rara vez” cuenta con el menor puntaje 6.7% (véase gráfica No.12).



Gráfica No.12

A continuación se presenta el análisis descriptivo de el “nivel total de violencia conyugal en las mujeres encuestadas”, contando con la opción de mayor frecuencia “abuso peligroso” con el 52%, le sigue “2do. Grado de

abuso” con un 38.7%, “relacion abusiva” con un 5.3% y la de menor es “1er. grado de abuso” con 4% (véase gráfica No.13).



Gráfica No.13

4.3 Análisis estadístico de la variable Estrés Postraumático

El reactivo “se siente capaz de iniciar una nueva relación amorosa” cuenta con una frecuencia de 72% siendo la opción mayor “nada”, la siguiente es “poco” con un 16%, “mucho” con un 10% y “bastante” con 1.3%, cabe mencionar que las opciones de respuestas solo en este ítem son invertidas (véase gráfica No.14).



Gráfica No.14

El ítem “se sobresalta o se alarma más fácilmente” cuenta con una frecuencia de 44% siendo “mucho” (5 o más veces por semana), poco (una vez por semana) con un 29.3%, “bastante” con un 14.7%, y la opción de menor “nada” con el 12% (véase gráfica No.15).



Gráfica No.15

El siguiente reactivo es “tiene recuerdos desagradables y recurrentes” con una frecuencia de 41.3% con “poco”, “bastante” con un 30.7%, “mucho” con un 22.7% y “nada” con el 5.3% (véase gráfica No.16).



Gráfica No.16

Continuando con los ítems significativamente altos, se encuentra el de “presenta un malestar emocional al recordar aspectos del suceso” con la opción de mayor puntuación siendo “poco” (una vez por semana) con 36%, existiendo una igualdad de 26.7% entre “mucho” y “bastante”, la respuesta menor es “nada” con la frecuencia de 10.7% (véase gráfica No.17).



Gráfica No.17

Así mismo el reactivo “evita cualquier actividad, lugar o persona que le recuerde el suceso” cuenta con el 30.7% de frecuencia siendo “mucho” (5 o más veces por semana), 28% “poco”, 22.7% “nada” y la de menor puntaje es “bastante” (2 o 4 veces por semana) con 18.7% (véase gráfica No.18).



Gráfica No.18

El ítem “tiene dificultad para conciliar el sueño” cuenta con una frecuencia de 33.3% de la opción “mucho” (5 o más veces por semana), con un 29.3 % “nada” y contando con una igualdad en la opción de respuesta de menor puntaje siendo: “poco” (una vez por semana) “bastante” (2 a 4 veces por semana) con el 18.7% cada opción (véase gráfica No.19).



Gráfica No.19

Continuando con la variable de estrés postraumático, se presentan los reactivos de bajo puntaje según el nivel de frecuencia, sin carecer de importancia están: “Cuando duerme constantemente sueña con el suceso” contando la frecuencia de 48% siendo la opción “nada”, con un 26.7% poco, “bastante” con un 14.7% y “mucho” (5 o más veces por semana) con 10.7% (véase gráfica No.20).



Gráfica No.20

Otro ítem significativamente bajo es “realiza conductas o tiene sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo” con un 42.7% “poco” (una vez por semana), 24% “nada”, con un 17.3% “bastante” y “mucho” (5 o más veces por semana) con 16% (véase Gráfica No.21).



Gráfica No.21

A continuación se presenta el análisis descriptivo de el “nivel total de estrés postraumático en las mujeres que sufren violencia conyugal”, contando con los la frecuencia mayor de 49.3% indicándonos que la opción de mayor puntaje es “medio nivel de estrés postraumático”, existiendo una igualdad de puntajes en “bajo nivel de estrés postraumático y alto nivel de estrés postraumático” con un 19% (véase gráfica No.22).



Gráfica No.22

4.4 Análisis correlacional

El análisis correlacional de las variables estudiadas se llevó a cabo por medio de Spearman's rho, obteniendo como resultado de dicha correlación, un nivel de significancia positiva de .269 con un nivel de confianza de .020, por lo tanto la presencia de violencia conyugal repercute en que se presente un trastorno de estrés postraumático, existiendo así la correlación de ambas variables. (Véase tabla 11).

			Nivel de violencia conyugal	Nivel del estrés postraumático
Spearman's rho	Nivel de violencia conyugal	Correlation Coefficient	-	.269*
		Sig. (2-tailed)	.	.020
	Nivel del estrés Postraumático	Correlation Coefficient	.269*	-
		Sig. (2-tailed)	.020	.

* La correlación es significativamente igual a .05

Tabla 11.- Correlación de Variables

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan interpretaciones y conclusiones que fueron construidas a partir de los resultados arrojados por el presente estudio, se analiza también si las hipótesis planteadas al inicio de esta investigación fueron aceptadas o rechazadas, además de hacer algunas recomendaciones para futuros proyectos de índole similar.

En la presente investigación se acepta la Hi1 la cual establece que: “se presenta un alto índice de maltrato conyugal en mujeres que asisten a CAVID Huatabampo, Navojoa y Obregón” contando con una frecuencia de 52% siendo más de la mitad de las participantes.

Coincidiendo con Ramírez Solórzano, (2003), la violencia conyugal es donde el hombre ejerce agresión física y verbal en contra de la mujer, quien puede estar casada o unida, pero en cualquier caso, convive como pareja del varón, además nos menciona que es una forma de vida de muchas mujeres que pone en constante riesgo su integridad tanto física como psicológica. Es por ellos que esta investigación esta de acuerdo con ese constructo ya que los resultados del nivel de violencia en las mujeres encuestadas en los diferentes CAVID son significativamente altos convirtiéndose en un abuso peligroso de violencia ejercida por la pareja.

En relación a la Hi2 la cual establece que “las mujeres que sufren maltrato conyugal presentan un alto índice del trastorno de estrés postraumático”.es aceptada; Lo cual es respaldado por Desmond, (2004), mencionando que el estrés postraumático tiene lugar cuando un individuo vive una experiencia traumática en la que siente la amenaza de ser o es victima de una violencia extrema y, por tanto, teme por su vida o por las de otra persona; al analizar los resultados de esta investigación se muestra que en las mujeres que sufren violencia conyugal y fueron participantes de el presente estudio presentan un nivel medio de estrés postraumático, estando entonces de acuerdo con el autor.

Finalmente la Hi3 señala que “existe una correlación entre las dos variables”, siendo aceptada, ya que si se presenta estrés postraumático en mujeres que sufren violencia conyugal, basándonos en el resultado arrojado por medio de Spearman's rho dando una significancia positiva de .269 con un nivel de confianza de .020. Por consiguiente Rincón (2003) nos menciona que la violencia conyugal ha pasado a constituir un estresor capaz de provocar el trastorno de estrés postraumático; claramente la violencia física y la violencia psicológica constituyen una amenaza a la vida y al bienestar de la víctima provocando dicho trastorno.

5.1 Conclusiones

Los síntomas de violencia mas significativos que presentan las mujeres participantes es que sienten que sus conyugues sufren cambios bruscos de humor, llega a amenazarla, a golpearla con las manos o con algún otro objeto o arma, haciendo que la relación permanezcan en constante tensión. En cuanto a los síntomas de estrés postraumático que presentan son, sobresaltarse de forma inmediata por cualquier cosa, dificultad de concentración y conciliación del sueño y si logran dormir constantemente sueñan con la agresión, tienen recuerdos desagradables y recurrentes presentándose malestares emocionales al recordar aspectos de la violencia.

Esta situación hace que la mujer en algún futuro tema empezar una nueva relación amorosa ya que se vio afectada tanto física como emocionalmente. Por consiguiente se puede concluir que lo anterior tiene implicaciones en cuanto a la incidencia del estrés postraumático en la población femenina que es violentada por su pareja; pero también para proponer que se lleven a cabo investigaciones en las que los psicólogos tengan una intervención en su evaluación y tratamiento, ya que se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los indicadores de dichas variables en las participantes.

En el presente estudio influyo la variable psicosocial ya que las mujeres de las Ciudades de Navojoa y Obregón se les explicaba y entendían correctamente y no sentían temor de decir su situación, en cambio a las de Huatabampo se tenía que ser más explicativa en cada pregunta hasta que comprendieran el objetivo de la investigación, ya que tenían el miedo de ser descubiertas por sus conyugues y esto agravara su situación, es por eso que recomendamos que para próximas investigaciones se puedan medir esta variable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araya Francisco. 2007. Teorías del aprendizaje. Recopilado en: <http://franciscoaraya.blogspot.com/2007/03/teoria-del-aprendizaje-significativo.html>

Fechas de recopilación: 26 de Marzo del 2007.

Bours Castelo Eduardo. 2006. Boletín Oficial. Decreto sobre violencia conyugal. Órgano de difusión del gobierno del estado de Sonora. México.

Cáceres Ana. 2003. Instrumento de Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar. Chile validado en México y utilizado por CEPAVI.

Carvajal Cesar. 2002. Trastornos por estrés postraumático: aspectos clínicos. Chile.

Recopilado en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000600003&script=sci_arttext&lng=pt Fechas de recopilación: Noviembre del 2002.

Comunicación e Informática de la Mujer CIMAC. 2006. Artículo de una Investigación diagnóstica sobre violencia feminicida en el estado de Sonora. México.

Recopilado en: www.cimacnoticias.com/noticias/96jun/06060609.html

Fechas de recopilación: 6 de Junio de 2006

Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar CEPAVI. 2003. Ley y reglamento de prevención y atención de la violencia intrafamiliar para el Estado de Sonora. Editorial Impresos Comerciales. México. Pagina: 1-6 y 39-46.

Corsi Jorge. 2000. La violencia hacia las mujeres como problema social. Argentina.

Editorial: Fundación Mujer. Recopilado en:
http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf Recuperado el 28 de Septiembre del 2007.

Corsi Jorge, et al. 2006. Violencia masculina en la pareja, una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Editorial Paidós. Argentina Pág. 12
Desmond Kesta. 2004. La salud y la mente. 3ra ed. Editorial Plaza & Janés. España. Pp. 176-177.

Dicaprio. 1999. Teorías de la Personalidad. 2da. Ed. Editorial McGraw Hill. México. Pp. 480-483.

Echeburúa, y Corral. 2002. Manual de Violencia Familiar. Editorial Siglo XXI. España. Pp. 9-20.

Echegoyen Olleta Javier. 2008. Aprendizaje social, Diccionario de psicología científica y filosófica. Recopilado en:

e-torredebabel.com/psicología/vocabulario/aprendizaje-social.htm

Fecha de recuperación: 4 de julio de 2008.

Fajardo Juan. 2002. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. Colombia. Editorial. Revista electrónica de psicología científica. Recopilado en: www.psicologiacientifica.com/bu/psicologia-107-1-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-de-mujeres-m.html

Fecha de recuperación: 14 de Octubre del 2002.

García Ramos Luisa e Ibarra Martínez Paulina. 2006. Tesis: Autoconcepto e indefensión aprendida en mujeres víctimas de maltrato conyugal: un estudio comparativo en los CAVID del sur de Sonora. México. Fecha de la tesis: Octubre de 2006.

Guido Lea . 2003. Violencia conyugal y salud pública: el sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. Recopilado: www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/laventana/ventana15/15_10.pdf
Fecha de recuperación: 15 Julio del 2007.

Guillen Botella Verónica. 2003. Psicología y Realidad Virtual, SC. PREVI. Sintomatología del estrés postraumático. España.
Recopilado en: www.previsl.com/es/centropsicologia/estresposttraumatico.asp
Fecha de recuperación: 31 de agosto de 2007.

Labrador Encinas Francisco Javier. 2005. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. España. Editorial de Universidad Complutense de Madrid. Recopilado de: www.editorialmedica.com/Cuad-76-77-Trabajo5.pdf Fecha de recuperación. 15 de agosto de 2007.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. 2004. Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares. México. Recopilada de: www.inegi.gob.mx Fecha de recuperación 5 de mayo del 2007.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. 2006. Información estadística de violencia conyugal. México. Recopilada de: www.inegi.gob.mx
Fecha de recuperación 18 de mayo de 2008.

López Claudia y Sánchez Daniela. 2008. Cuestionario de medición sobre el Trastorno de Estrés Postraumático. México.

López Juan-Aliño Ibor. 1998. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (4ta ed). Editorial Masson, S.A. México. Pp. 434-440.

López Vucovich, Raymundo. 2003. Violencia en aumento, Boletín oficial Recopilado en: <http://www.saludsonora.gob.mx/?p=126> Fecha de recopilación: 8 de Noviembre del 2006.

Matad, 2004. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada.

Recopilado en: <http://www.psicothema.com/pdf/3009.pdf> Fecha de recuperación 18 de Febrero 2004.

Medina Elena et al. 2005. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Recopilado en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100004&lng=&nrm=iso&tlng= Fecha de recopilación: 11 Febrero de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1. 2000. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Secretaria de salud en México. México.

Olamendi Patricia. 2000. El cuerpo del delito: los derechos humanos de la mujer en la justicia penal 1ra ed. Editorial Talleres de la procuraduría general de la republica. México. Pp. 45-54, 78-80.

Organización Panamericana de la Salud .2005.
Recopilado en: www.revistafuturo.info/futuros_10/violl_salu2.htm.
Fecha de recuperación: 21 julio del 2007.

Periódico Online el Universal (2005). Mueren en México 30 mujeres diario por causas violentas. Recopilado de: www.eluniversal.com.mx/notas/317461.html
Fecha de recuperación: 24 de Noviembre 2005.

Puchol Esperanza David. 2001. Trastorno de estrés postraumático. Recopilado de: www.psicologia_online.com/ciopa2001/actividades/16/

Fecha de recopilación: 25 de mayo del 2007.

Ramirez M y Larralde L (2001). Violencia en casa: El ciclo de la violencia doméstica. Editorial Talleres gráficos de la camara de diputados. México. Págs. 35-36.

Ramírez Solórzano Martha. 2003. Hombres violentos. Un estudio antropológico de la violencia masculina. Editorial Plaza Y Valdez. México. Pp. 23-27.

Rincón González Paulina. (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres victimas de violencia domestica: evaluación y programas de intervención. Recopilado en: www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm_26887.pdf

Fecha de recuperación: Mayo del 2003.

Román Rosario, et al. 2007. Conocer para resolver: La violencia conyugal en los hogares Sonorenses.

Recopilado en: <http://www.colson.edu.mx/absolutenm/articlefiles/15092-5Roman.pdf>

Fecha de recuperación: 28 de Septiembre 2007.

Teubal Ruth. 2006. Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones. 2da edición. Editorial Paidós. Argentina. Pp. 45.

Torres Falcón .2001). La violencia en casa. Editorial Paidos. México. Pág. 75.

Villavicencio, y Sebastián. 2000. Violencia Doméstica: Su Impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Editorial: Instituto de la Mujer. España. Pp. 431-438.

ANEXO

CUESTIONARIO DE MEDICION SOBRE EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

Edad:	Estado civil:	Escolaridad:
Tiempo de asistencia Psicológica:		

Marque con una X la opción de la duración e intensidad de los síntomas.

	0 nada	1= poco (1 vez por semana)	2 =bastante (2 a 4 veces por semana)	3= mucho (5 o mas veces por semana)
1.- ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes sobre violencia incluyendo imágenes y pensamientos?				
2.- Cuando duerme ¿constantemente sueña con el suceso?				
3.- ¿Realiza conductas o tiene sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
4.- ¿Presenta un malestar emocional al recordar aspectos del suceso?				
5.- ¿Presenta malestar físico al recordar aspectos del suceso?				
6.- ¿Evita cualquier pensamiento sobre el suceso?				
7.- ¿Evita cualquier actividad, lugar o persona que le recuerde el suceso?				
8.- ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?				
9.- ¿Se siente capaz de iniciar una nueva relación amorosa?				
10.- ¿Siente que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener hijos etc.)?				
11.- ¿Tiene dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
12.- ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?				
13.- ¿Tiene dificultades de concentración?				
14.- ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, pararse de forma súbita para ver quién está su alrededor, etc.) desde el suceso?				
15.- ¿Se sobre salta o se alarma mas fácilmente desde el suceso?				

APÉNDICE

Cuestionario para el Autodiagnóstico de la Violencia Intrafamiliar

¿Vives violencia?

Para conocer si vives violencia o si te encuentras en una situación de riesgo te pedimos que respondas a las siguientes preguntas.

1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

4. ¿Te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (Primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____